

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 57

Contribution à l'Étude

DE LA

THYROTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY RAOUX

Né à Crémieu (Isère), le 18 février 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1900-1901. — N° 57

Contribution à l'Étude

DE LA

THYROTOMIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Décembre 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HENRY RAOUX

Né à Crémieu (Isère), le 18 février 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Bellecordière, 14

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE.....	ASSESEUR.
CROLAS.....	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		X.
Clinique des Maladies mentales		FOCHIER.
Physique médicale		GAYET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		GAILLETON.
Chimie organique et Toxicologie.....		PIERRET.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe.....		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants	MM. WEILL,	agrégé.
Maladies des voies urinaires.....	CHANDELUX,	—
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS,	—
Accouchements.....	POLLOSSON (A.),	—
Propédeutique médicale	ROQUE,	—
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE,	—
Botanique.....	BEAUVISAGE,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	CONDAMIN.	VALLAS.	PAVOT.
ROQUE.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND.
ROUX.	COLLET.	DURAND.	BERARD.
POLLOSSON (A.)	BOYER.	DOYON.	SAMBUC.
ROCHET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
ROLLET.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. BOYER, Assesseur;
MM. ROLLET et BÉRARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Nous remercions M. le professeur Poncet de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse. Nous remercions également, M. le docteur Delore, ancien chef de clinique chirurgicale, de nous avoir donné l'idée de ce travail, et nous assurons de toute notre reconnaissance M. le docteur Sargnon qui s'est entièrement mis à notre disposition pour en diriger les recherches.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

La thyrotomie, c'est-à-dire l'ouverture du larynx par la section médiane du cartilage thyroïde, est une des plus anciennes opérations que les chirurgiens aient pratiquées sur le larynx (Pelletan, 1788. — Brauers, 1832. — Vital, 1838).

Et cela se comprend parfaitement, quand on songe aux services que pouvait rendre cette opération, lorsqu'on ne possédait pas encore les ressources de la laryngoscopie et les merveilleux appareils qui permettent, si facilement, d'arriver au larynx par les voies naturelles.

Cependant, malgré les avantages qu'elle semblait présenter, on peut se convaincre, en consultant les différents auteurs, que c'était, en somme, une opération assez rare et peu populaire. On lui reprochait d'être sanglante, difficile, de ne donner que peu de jour dans le champ opératoire, et surtout de ne pas empêcher les récidives lorsqu'on lui demandait l'ablation des tumeurs, même bénignes, du larynx.

Tous ces reproches, formulés par des chirurgiens

éminents, et mis en évidence par quelques statistiques malheureuses (Bruns, Makensie) avaient jeté sur la thyrotomie une sorte de discrédit, et ce n'est que de nos jours qu'elle semble vouloir reprendre le rang qui lui était dû parmi les opérations laryngées. De nombreux et importants travaux ont paru sur l'ouverture du larynx ; des chirurgiens habiles l'ont employée si souvent, et avec un tel succès, que l'on possède, aujourd'hui, assez d'observations pour en déterminer une technique parfaite. Ajoutons à cela les bénéfices de l'antisepsie, l'aide apportée au diagnostic des maladies par la laryngoscopie, les indications opératoires exactement déterminées, dans chaque cas particulier, par les statistiques de succès ou d'insuccès, et nous comprendrons pourquoi, après avoir passé par une phase d'impopularité, la thyrotomie est, en quelque sorte, réhabilitée de nos jours.

Cette étude aura pour but de résumer les travaux faits jusqu'à présent sur la thyrotomie. Nous donnerons le manuel opératoire auquel on s'est arrêté après des essais répétés, les indications ou contre-indications de l'ouverture du larynx pour tel ou tel cas, et nous montrerons, par des observations empruntées à toute la littérature médicale, les résultats que l'on a obtenus. Nous y ajouterons l'observation de M. le Dr Delore qui nous a donné l'idée de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

MANUEL OPÉRATOIRE

I. — *Trachéotomie préalable.* — Avant d'aborder le manuel opératoire proprement dit de la thyrotomie, une question préliminaire se pose. Doit-on faire précéder ou accompagner cette opération de la trachéotomie ?

Les avis sont partagés et on peut dire que les observations de thyrotomie sans trachéotomie préalable sont aussi nombreuses que les observations de malades trachéotomisés avant la thyrotomie. Pelletan, Brauers, Vital déjà cités, Coates en 1864, Krishaber en 1869, Johnson en 1870, Denucé en 1872, Kœberlé en 1865, Godet en 1887, Péan en 1888, Périer en 1893 et 1895 et beaucoup d'autres ont fait des thyrotomies simples et cela sans avoir eu jamais à s'en repentir.

Au contraire, Bryson-Delavan (1) préfère ouvrir la

(1) BRYSON-DELAN. — *Brit. Méd. Jour.*, 1897.

trachée avant de toucher au larynx. Avec la trachéotomie préalable, dit-il, on peut être sûr que le sang ne pénétrera pas abondamment dans les bronches et l'on préservera ainsi le malade d'un danger fréquent, la pneumonie septique. La fait-on longtemps auparavant? On ne peut qu'y gagner. Le malade subit un schock opératoire moindre et perd moins de sang à la fois; l'opérateur agissant à deux reprises est moins fatigué et, dans le cas de tumeur du larynx, celle-ci a parfois le temps de guérir (papillomes) ou de se décongestionner avant que l'on y touche.

Aujourd'hui, les idées ont un peu changé. Si l'on admet toujours la trachéotomie avant la thyrothomie, il est aussi admis que le fait de pratiquer les deux opérations en une seule séance n'ajoute pas beaucoup à la gravité de l'intervention, et qu'il est préférable, pour le malade, de ne subir qu'un seul traumatisme. C'est la trachéo-thyrotomie en un seul temps. Nous en excepterons cependant les cas de papillomes laryngés, car de nombreuses observations prouvent que, généralement, la trachéotomie suffit à faire disparaître des tumeurs ayant résisté longtemps à tout autre traitement.

II. — *Anesthésie*. — Arrivons maintenant à l'opération proprement dite ou plutôt à ses préliminaires, c'est-à-dire l'anesthésie. Et d'abord doit-on anesthésier son malade?

Cette question, qui semble devoir être résolue sans discussion par l'affirmative, demande cependant à être étudiée. En effet, la période d'excitation, qui se

produit au début de l'anesthésie, est souvent dangereuse chez les individus porteurs de grosses tumeurs laryngées et aussi chez les alcooliques. Le malade qui respire souvent avec peine avant le chloroforme est alors angoissé, et refuse l'anesthésie. Que faire? C'est à l'opérateur de s'inspirer des circonstances.

Nous rapportons plus loin un cas où l'opération put être faite sans anesthésie aucune; mais quel courage de la part du patient (1). Combien serait-il préférable alors de faire une trachéotomie en se servant de la méthode de Schleicht (2), c'est-à-dire d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne sur le trajet de la ligne d'incision, ou encore d'une pulvérisation de chlorure d'éthyle. Une fois que l'ouverture de la trachée est faite, l'anesthésie peut être obtenue facilement par la canule.

Comme agent anesthésique, c'est le chloroforme qui devra avoir la préférence, malgré la phase d'excitation qu'il détermine, car s'il s'agit d'une tumeur, il est indispensable de cautériser au thermo-cautère le point d'implantation, ce qu'on ne pourrait faire sans danger si le malade était entouré de vapeurs d'éther.

III.—*Thyrotomie*.— Le malade est donc anesthésié, la région à opérer a été préalablement désinfectée avec soin; on a placé sous son cou un billot destiné à faire saillir la trachée, et un aide tire sur le menton pour découvrir le plus de trachée possible.

(1) PEAN. — *Gaz. des Hôp.* 1887.

(2) Thèse de Rondet, 1900, Lyon.

Le chirurgien, placé à la droite du malade, trace avec son bistouri, très exactement sur la ligne médiane, une incision cutanée allant du bord inférieur de l'os hyoïde au sternum. Il dissèque plan par plan, en faisant l'hémostase à mesure qu'il s'avance, s'il n'y a pas urgence. Arrivé sur la trachée, après avoir écarté les tissus environnants, il l'ouvre le plus bas possible, afin de n'être pas gêné plus tard par la platine qui supporte la canule. Rapidement, il place une canule-tampon, canule de Trendelenbourg ou plutôt canule de Hahn et attend, pendant 10 minutes, que l'éponge soit suffisamment imbibée. Il fixe solidement la canule et laisse respirer un peu le patient. Le premier temps est terminé.

Après la trachéotomie, le malade respire normalement ; on continue l'anesthésie par la canule et on commence la thyrotomie. Au moyen d'un bistouri fort, d'une cisaille ou même d'une petite scie, suivant le degré de calcification du larynx, l'opérateur sectionne le cartilage thyroïde exactement sur la ligne médiane. Ceci est très important.

En effet, si l'on s'écarte légèrement du milieu du larynx, la phonation ne peut plus se produire plus tard, par suite de la non-coïncidence de l'insertion antérieure des cordes vocales.

Navratil a présenté à la Société Hongroise de Laryngologie de 1894, un cas qui montre bien l'importance de cette section médiane. Chez un homme de trente ans, à qui on avait fait une trachéotomie, on fut obligé de sectionner le cartilage thyroïde pour enlever des granulations post-opératoires. Le malade

guérit, mais sa voix resta voilée. Le chirurgien attribua ce mauvais résultat à une faute dans la section du larynx. Il refit une thyrotomie en s'appliquant à suivre exactement le milieu du cartilage thyroïde. Le malade guérit et, au bout de peu de temps, reprit sa voix normale. Nous ne saurions donc trop répéter que les mauvais résultats fonctionnels sont souvent dus à l'inattention et qu'il importe de sectionner exactement le cartilage thyroïde sur la ligne médiane. On a, du reste, un excellent point de repère qui est l'encoche séparant, à la partie supérieure, les deux lames de ce cartilage.

IV. — *Laryngofissure*. — La section faite il faut écarter les deux parties du larynx ; mais on ne doit pas chercher à obtenir de suite un maximum d'écartement, c'est-à-dire 20 à 30 millimètres, car on risquerait de fracturer le cartilage sur ses bords, ou bien encore de luxer l'articulation crico-arythénoïdienne. Avant tout, ne pas se presser ; peu à peu la résistance cède, et le larynx est mis à nu. Si cependant le chirurgien juge ne pas avoir assez de jour, ce qui est rare, il peut alors prolonger son incision en bas à la membrane crico-thyroïdienne et au cricoïde, en haut à la membrane thyro-hyoïdienne, c'est la laryngofissure. Cette opération correspondrait donc à la partie sous-glottique du larynx, alors que la thyrotomie correspondrait plutôt aux parties ventriculaire et sus-glottique. La section du cricoïde présente cependant l'inconvénient de changer la charpente du larynx et de donner lieu ainsi à des

déformations consécutives qui nuisent à un bon fonctionnement. Il faut donc éviter, dans la mesure du possible, de faire la laryngofissure complète ; d'autant plus que, généralement, la fissure thyroïdienne seule donne suffisamment accès dans l'organe vocal.

V. — *Cocaïne*. — Nous n'insisterons pas maintenant sur les manœuvres à exécuter dans le larynx ; elles varient avec chaque cas particulier et nous les étudierons plus loin ; mais il est une précaution à prendre sur laquelle ont insisté tous les auteurs, nous voulons parler du badigeonnage du larynx à la cocaïne.

Avant d'employer les pinces, curettes ou thermocautère., Billroth, Chiari, Semon (1) conseillent d'appliquer sur la muqueuse laryngée une solution de chlorhydrate de cocaïne à 10 o/o. Ils empêchent ainsi l'excitabilité réflexe provoquée par les instruments, la toux, et diminuent ainsi les hémorrhagies. Chiari, préoccupé par le pouvoir toxique de la cocaïne, lui a substitué l'eucaine dont il a constaté les excellents résultats.

VI. — *Pansement*. — Après avoir terminé l'intervention laryngée, rendue possible par la thyrotomie, il faut réparer les désordres qu'on a faits. Et, d'abord, faut-il suturer les deux lames du thyroïde ? Les avis sont partagés. Primitivement, Semon, après

(1) SEMON. — Congrès de Méd. de Paris, 1900.

avoir retiré la canule, saupoudré les tissus avec de l'iodoforme, suturait les cartilages au catgut ou au fil d'argent. Actuellement, il ne suture plus que la peau et ne laisse qu'un petit drain à la partie inférieure.

Schmiegelow (1) ne réunit même pas le tissu cutané. « La plaie est tout simplement couverte avec de la ouate et de la gaze iodoformée qu'on change plusieurs fois les premiers jours. Le malade doit être couché avec la tête aussi horizontale que possible et, après cinq à six jours, la plaie se fermera assez pour permettre au malade de se lever ».

La question n'a donc pas une très grosse importance ; cependant, pour que les deux lames du cartilage restent bien en place, et qu'un bon résultat fonctionnel soit atteint, il semble préférable de suturer le cartilage thyroïde par un ou deux fils au catgut.

A quel moment faut-il enlever la canule-tampon ?

Généralement, elle peut être enlevée immédiatement, surtout quand on est sûr que l'hémorrhagie est complètement arrêtée (2). Cependant, c'est au chirurgien à savoir ce qu'il a à faire suivant les circonstances qui peuvent se présenter.

Les soins à donner au malade qui vient d'être thyrotomisé sont les mêmes que ceux à donner à un trachéotomisé ; nous n'insisterons donc pas

(1) SCHMIEGELOW. — Congrès de Méd. de Paris, 1900.

(2) SCHMIEGELOW. — Copenhague.

davantage, car ils sont bien connus aujourd'hui. Recommandons seulement le decubitus latéral, l'alimentation par lavements alimentaires seuls, et une grande surveillance du malade, surtout jusqu'au troisième jour, qui est le jour critique après la thyroïdectomie.

Résumé du manuel opératoire

- I. — Désinfection de la région.
- II. — Anesthésie.
- III. — Longue incision du bord inférieur de l'os hyoïde au sternum.
- IV. — Ouverture de la trachée. Canule de Hahn, attendre dix minutes.
- V. — Ouverture du larynx exactement sur la ligne médiane.
- VI. — Ecarter lentement les lames du thyroïde.
- VII. — Badigeonner l'intérieur du larynx avec une solution de cocaïne.
- VIII. — Ablation de la tumeur, du corps étranger...
- IX. — Insufflation d'iodoforme.
- X. — Suture du cartilage thyroïde avec deux points.
- XI. — Enlever la canule.
- XII. — Pansement léger renouvelable facilement.

CHAPITRE II

Indications

Les résultats de la thyrotomie étant attachés pour la plupart à ses indications, il importe au plus haut degré de savoir exactement quand il faut faire cette opération, ou quand il faut la rejeter.

Nous allons rapidement énumérer les cas dans lesquels on peut penser à la thyrotomie et nous discuterons ensuite, à propos de chaque indication particulière, ses avantages, ses dangers et ses résultats.

- | | | |
|----------------|---|---|
| I | { | 1 ^o Thyrotomie exploratrice ; |
| Lésions | | 2 ^o Corps étrangers du larynx et de la trachée ; |
| traumatiques | | 3 ^o Blessures du larynx et sténoses cicatricielles ; |
| II | { | 1 ^o Sténoses inflammatoires post typhiques ; |
| Lésions | | 2 ^o Sténoses syphilitiques ; |
| inflammatoires | | 3 ^o Tuberculose laryngée et lupus ; |
| | | 4 ^o Sclérome. |

III	
Lésions	{ 6 ^o Tumeurs bénignes; 7 ^o Tumeurs malignes;
néoplasiques	

I. — LÉSIONS TRAUMATIQUES

1^o *Thyrotomie exploratrice*. — La difficulté du diagnostic autorise-t-elle à pratiquer une thyrotomie? En général, il est permis de répondre négativement. L'ouverture du larynx, sans être une opération dangereuse, est assurément assez grave pour que le médecin emploie tout autre moyen de diagnostic. Et ces moyens ne lui manquent pas: l'éclairage du larynx, l'examen microscopique, le traitement spécifique, la radiographie... donnent assez de résultats pour que le besoin de recourir à la thyrotomie ne se fasse pas sentir. Il est cependant certains cas où la fissure du larynx eut une réelle utilité. Semon (1) rapporte dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, le cas d'un homme de 63 ans chez qui la laryngoscopie n'avait pas permis de diagnostiquer autre chose qu'une congestion avec épaissement de la corde gauche, et chez qui le traitement spécifique avait échoué. Buttlin fit une thyrotomie exploratrice et reconnut une tumeur consistant en sang extravasé dans l'épaisseur de la corde. On retira le caillot, et le malade guérit sans autre traitement et sans qu'on sut jamais la cause de

(1) SEMON. — *Annales de Gougenheim*, 1899.

cette hémorrhagie. Mais de là à pratiquer une thyrotomie dans tous les cas (Buttlin) où l'on peut soupçonner une tumeur du larynx d'être maligne, il y a loin.

Nous nous rangerons plutôt à l'avis de Bryson-Delavan (1) qui pense que cette opération « doit être réservée aux cas où on a épuisé tous les autres moyens de diagnostic ».

La thyrotomie exploratrice est, au contraire, toute indiquée avant une laryngectomie. Lorsqu'on a fait le diagnostic de tumeur maligne, et que l'on est résolu à intervenir, il faut faire auparavant une fisure laryngienne. Celle-ci aura l'avantage de montrer au chirurgien tout l'organe vocal et de lui indiquer ainsi s'il faut simplement enlever la tumeur, s'il doit faire une hémi-laryngectomie, ou bien une laryngectomie totale. Dans ce cas, le malade n'aura que du bénéfice à retirer de cette opération, car si la thyrotomie avec ablation du néoplasme suffit, pourquoi enlever au malade tout son larynx ? Si la tumeur vient ensuite à récidiver, ainsi qu'il sera facile de s'en rendre compte par l'examen laryngoscopique, et qu'elle ait tendance à franchir les limites du larynx, on aura toujours le temps de pratiquer une nouvelle thyrotomie, ou une laryngectomie, opération toujours plus grave que la première, au double point de vue immédiat et futur.

2° *Thyrotomie pour corps étrangers.* — On a assez fréquemment l'occasion d'observer des corps

(1) BRYSON-DELAN. — *Medic. Record*, 1895.

étrangers dans le larynx. Joubert (1) en a réuni dans sa thèse un assez grand nombre de cas pour donner une idée des objets que l'on peut y rencontrer. Mais malgré la toux, malgré les vomitifs, malgré le nombre d'instruments inventés à l'effet de les retirer, malgré aussi l'habileté de l'opérateur, il n'est pas toujours facile de les enlever par les voies naturelles. Tantôt c'est le corps étranger lui-même qui s'y oppose, par sa forme, ses aspérités, sa fixation; tantôt ce sont les lésions de voisinage qu'il a fait naître, inflammation, excroissance de bourgeons charnus, enclavement dans du tissu nouveau; tantôt les phénomènes spasmodiques.

Si le malade a des crises de suffocation, il est évident qu'il faut agir le plus vite possible. Mais, au contraire, le malade n'en est pas incommodé, et cela arrive puisque on cite un cas de corps étranger resté 28 ans dans un larynx, que faut-il faire ? Il faut encore intervenir. Semon (1), dans ses indications de la thyrotomie, dit que « jamais il ne faut laisser un corps étranger enclavé dans le larynx pendant un certain temps ».

On a deux moyens : Trachéotomie et thyrotomie.

La trachéotomie, qui fut souvent faite d'urgence comme moyen palliatif, a souvent aussi donné des résultats définitifs. Elle permet, en effet, au chirurgien de repousser vers le pharynx et la bouche le corps étranger, ou bien donne un accès suffisant

(1) JOUBERT. — Thèse de Paris, 1888.

(1) SEMON. — Congrès de Méd., Paris, 1900.

Corps Étrangers du Larynx

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOTOMIES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Pelletan, 1788. — Cliniques chirurgicales.	H. 30	Tendon de veau	Néant.	Thyrotomie simple.	Guérison.	
2	Eybert Hall, 1885 — <i>Médical Record</i> .	E. 2	Os de poulet.	Laryngotomie intercricoidienne, pas de résultats.	Thyrotomie un mois après.	Guérison en 31 jours.	Voix enrouée.
3	Péan. — <i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1887.	H. 23	Pièce de 0 fr. 50.		Thyrotomie sans anesthésie générale.	Guérison en 15 jours.	
4	Godet. — <i>Archives de Méd. milit.</i> , 1887.	H. 24	Sangue.		Thyrotomie, 20 août.	Guéri le 3 septembre.	
5	Labbé Léon. — Congrès 1888.	E.	Etoile métallique.	Trachéotomie.	Thyrotomie simple.	Guéri en 15 jours.	Voix normale.
6	Périer. — Bulletin. Académie de Méd., 1891.	E.	Os plat (depuis un mois)	Trachéotomie, 16 février.	Thyrotomie, 26 mars.	Guéri en un mois.	
7	Demons, 1895. — Congrès de Bordeaux.	E. 5	Carf en métal.	Trachéotomie le 5 février 1893.	3 thyrotomies nécessaires p. l'enlever et ensuite cicatrice.	Voix rauque.	2 ans après, voix rauque.
8	Marsh. — <i>Brit. Lar. and Rhin.</i> , 1893.	♀ ?	Corps étranger.	Pas de trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérison.	
9	P. Kock. — Clin. de Luxembourg, 1885.	F. 27	Épingle introduite avec aliments.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	3 mois après, voix voilée.
10	Légar. — Valladolid.	E.	Feuille de chêne.	Trachéotomie d'urgence.	Laryngofissure.	Guérison.	
11	H. Knight. —	E, 7	Crochet à boutons dans ventricule droit.		Thyrotomie six semaines après.	Guéri en 15 jours.	Six semaines après, voix normale.
13	Gester. — <i>Med. Rec.</i> , 1889.	♀ ?	Fragment de broche pénétré, par œsophage. Périchondrite diffuse.	Trachéotomie.	Thyrotomie, ablation de la tumeur contenant corps étrang.	Guérison.	

pour permettre qu'il l'enlève. On pourra donc, après échec des instruments intra-laryngés, commencer par la trachéotomie qui est, du reste, le premier temps de la thyrotomie. Si elle ne suffit pas, on continuera l'opération; on fera une fissure au larynx, et il sera facile d'obtenir ce que n'ont pas permis les autres moyens. Les résultats de l'ouverture du larynx sont, du reste, excellents dans ce cas, et ne peuvent que recommander la thyrotomie. Les observations que nous avons pu réunir vont le montrer. 13 cas = 13 guérisons.

3^o *Thyrotomie pour blessures du larynx et sténoses cicatricielles.* — Parmi les lésions traumatiques pouvant nous intéresser, nous distinguerons les plaies et les fractures du larynx. Nous nous occuperons ensuite des sténoses cicatricielles qui leur sont consécutives.

Les plaies du larynx sont assez fréquentes; elles sont en général le résultat d'armes à feu, d'instruments tranchants (suicide), de corps étrangers, ou bien encore de trachéotomie ou tubages mal faits. Elles peuvent donner lieu à des complications très graves (hémorrhagie, emphysème...) et devenir rapidement mortelle; mais, en somme, c'est assez rare, et nous pouvons déclarer avec Horteloup, que leur pronostic n'est pas très grave (21 décès sur 88 cas).

Il n'en est malheureusement pas ainsi des fractures du larynx qui donnent lieu à des complications immédiates et nécessitent une intervention rapide (Henocque 43 morts sur 52; Fischer 56 morts sur 71;

Bessières 32 morts sur 48; Mittry 23 morts sur 41..)

En présence de tels accidents quel traitement convient-il donc de faire ? Deux méthodes : 1° Faire l'hémostase et l'antisepsie du larynx par la plaie accidentelle, suturer ou non, et attendre les accidents asphyxiques pour intervenir par trachéotomie, tubage ou thyrotomie. 2° Intervenir d'emblée. Trachéotomiser le malade (Carry P. Koch, Desvernine-Galdos, Mittry, Schields), ou bien faire le tubage (Lefferts, Egidi...) ou bien encore, comme le conseille Panas, faire une thyrotomie préventive.

Entre ces divers moyens, il est difficile de se prononcer ; le chirurgien devra régler sa conduite suivant les circonstances qui accompagneront chaque cas ; il semble cependant que la thyrotomie préventive doive être la dernière ressource du chirurgien dans les accidents immédiats de la fracture du larynx.

Il n'en est pas de même dans les sténoses consécutives à ces mêmes blessures ou plaies du larynx. Après avoir essayé la dilatation progressive ou le tubage, et reconnu leur utilité, tenté de sectionner au moyen d'instruments spéciaux ou du galvanocautère, les brides qui traversent le larynx, le chirurgien aura recours avec succès à la thyrotomie. Au moyen de l'ouverture du larynx, il enlèvera ces brides qui rétrécissent et déforment l'organe vocal et, après cicatrisation de la plaie, il pourra se servir avec succès des bougies de Schroetter qui avaient échoué auparavant. Voici les quelques cas de thyrotomie pour blessures et sténoses que nous avons pu trouver.

Blessures et Sténoses Cicatricielles du Larynx

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ELOIGNÉS
1	Shield. — <i>Lancet</i> , 1896.	F. 23	Fracture du larynx (chute)	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérison.	
2	Noll. — <i>Deutsch. Zeit. f. Chir.</i> , 1888.	? ?	Dislocation de la trachée et du larynx.	Trachéotomie.	Laryngofissure et plus, mois après extirp. du t. cicat.	Guérison.	Sténose guérie par dilat. de Schroter
3	Barent. — <i>Lancet</i> , 1888.	? ?	Fracture du larynx après coup de coute et emphysème du cou.		Thyrotomie.	Mort de pneumonie septique.	
4	Mamby. — <i>Lancet</i> , 1886.	? ?	Fracture du cartilage thyroïde.		Laryngofissure.	Guérison.	
5	Sokolowski. — <i>Journ. of Lar.</i> , 1889.	F. 20	Fracture du larynx par nuetud autour du cou.	Laryngot. inter. cric. thy. : malade indécidable.	Laryngofissure.	Guérie avec canule à demeure.	
6	Gelisaroff, 1898.	H. 36	Suicide tenté.	Section du lig. crico-thyr. Sténose sous-glottique.	Laryngofissure.	Récidive.	Dilatation ultérieure.
7	Baer, 1892. — Thèse Sargnon.	? ?	Rétrécissement cicatriciel consécutif à tubage.	Tubé 39 fois. Trachéotomie.	Laryngofissure.	Mort au bout de 8 mois.	
8	Della Venova, 1900. — <i>Soc. Berlín. Lar.</i>	F.	Sténose cicatricielle après opération sur cartilage thyroïde.	Tubage pendant plusieurs mois.	Laryngofissure et ablation du tissu cicatriciel	Guérison.	Intubation encore pendant quelques mois.
9	Hahn (?) Statistique de 24 ans.	?	Sténose cicatricielle traumatique.		Laryngofissure.	Guérison.	?
10	Schmiegelow, 1892. — <i>Monatsch. f. Ohren.</i>	E. 7	Sténose laryngée p. suite de trach. pratiquée au-dess. du cart. thyroïde.	Trachéotomie normale.	Laryngotomie thyroïdienne.	Récidive.	Dilat. avec boug. de Schroter. M. 4 a. après pénétr. d'abaissements dans larynx.
11	Bokai. — <i>Méd. infant.</i> , 1897.	E. 2 1/2	Diphthérie, ulcération.	Trachéot. Tubage ayant déterminé diaphragme cicat.	Thyrotomie.	Guérison.	1 an après, voie revenue. Guérison absolue.
12	Castex. — Thèse de Fortunet, 1899. Paris	F. 30	Sténose sous-glottique cicatricielle.	Trachéotomie.	Thyrotomie 1 an apr.	Guérison.	Dilatation.

II. — LÉSIONS INFLAMMATOIRES

1° *Sténoses inflammatoires post-typhiques.* — Les sténoses cicatricielles consécutives aux traumatismes du larynx ne sont pas les seules qui peuvent retirer quelques bénéfices de la thyrotomie. A côté d'elles sont encore les sténoses d'origine inflammatoire, qui se montrent dans le cours des maladies infectieuses.

Nous ne parlerons pas des laryngites produites par la rougeole, la variole, la diphtérie... , qui ne nécessitent que rarement une intervention plus grave que le tubage ou la trachéotomie. Mais nous étudierons plus particulièrement les laryngites typhiques et leurs sténoses consécutives.

Les complications laryngées de la fièvre typhoïde sont beaucoup plus graves. Elles peuvent revêtir la forme ulcéro-nécrosique, la forme œdémateuse, la forme gangreneuse (1) et ce n'est plus alors l'appareil laryngé qu'elles menacent, mais bien la vie même du malade.

Abandonnées à elles-mêmes, elles donnent comme mortalité, d'après Beyle, 16 sur 17 et d'après Vallein, 25 sur 31.

Le mieux est donc d'intervenir le plus rapidement possible car on ne peut qu'améliorer les résultats. Le tubage peut être employé, mais ce sera seulement

(1) TISSIER. — *Annales de Gougenheim*. 1887.

dans la forme œdémateuse sans suppuration. Pour tous les autres cas, il faudra la trachéotomie surtout la crico-trachéotomie d'urgence ; souvent elle ne suffira pas et le chirurgien devra beaucoup plus tard ouvrir le larynx pour extirper les séquestres et donner une large issue au pus. Donc première indication de la thyrotomie, dans les accidents immédiats de la laryngite typhique.

Ce n'est pas tout. On a rempli l'indication prescrite par une trachéotomie et on suppose que tout danger de mort est écarté, il faut maintenant rétablir la fonction laryngée. « C'est une grosse difficulté, car il est exceptionnel qu'en pareil cas, on puisse enlever la canule » (1). Les malades ne peuvent s'en passer et leur voix, avec une canule à soupape reste sourde, éraillée ; le son ne peut être filé et une longue conversation est impossible. Malgré le danger, il faut cependant retirer cette canule et essayer le plus tôt possible la dilatation par les procédés connus. « Tour à tour le chirurgien devra employer le tubage d'O'Dwyer, et les dilatations de Schroetter. Ce n'est qu'après insuccès, après des mois de traitement dilateur ou d'impatience du malade que le chirurgien est autorisé à pratiquer la laryngofissure ». Il devra la faire suivre plus tard de nombreuses séances de dilatation, pour arriver à un bon résultat. Ce sera la seconde indication de la thyrotomie comme traitement des complications laryngées de la fièvre typhoïde.

(1) TISSIER. — *Annales de laryngologie*, 1897.

Sténoses d'Origine Inflammatoires

NOMBRES	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Lunning. — <i>Arch. Klin. Chir.</i> , 1884.	?	Laryngosténose après fièvre typhoïde.	Dilatation avec bougies et sondes métall.	Laryngofissure.	Guérisou.	?
2	Gradenigo. — <i>Cong. ital. de La.</i> , 1897.	F. ?	Abcès du larynx.	Trachéotomie d'urgence.	Laryngofissure.	Guérisou.	
3	Hjort. — <i>Norsk Mag. f. L.</i> , 1886.	?	Péricondrite dans le cours d'une typhoïde.	Trachéotomie supér.	Laryngofissure.	Guérisou.	
4	Rackovitch. — <i>Rev. de Chirurg.</i> , 1889.	?	Péricondrite typhique et sténose consécut.	Trachéotomie, crico-tonie sans résultats.	Thyrotonomie au thermocautère. Ex-trac. de sequestre.	Guérisou.	
5	Sokolowski. — <i>Int-er. Klin. R.</i> , 1890.	H. ?	Épaississement glott. et sous-gl. 1 an et demi après fièvre typhoïde.	Trachéotomie et dilatation avec insuccès.	Laryngofissure. Excision du tissu hypertrophié.	Guérisou.	Dilatation de Schroetter, 6 mois après, pas de récidive.
6	Bowlby. — <i>Soc. lar. Londres</i> , 1895.	H. 18	Nécrose et gonflement du lar. après typhoïde.	Trachéotomie dilat. avec insuccès.	Laryngofissure.	?	
7	Navraïl. — <i>Soc. Otol. Hongroise</i> , 1894.	H. 30	Laryngite aiguë.	Trachéotomie, granulations post-op.	Thyrotonomie.	Voix voilée.	Nouv. thyroïd. sur lig. méd. n. ramener la voix. B. résultats.
8	Dundas Grant. — <i>Soc. l. Londres</i> , 1895.	H. 18	Sténose après lar. de typhoïde.	Trachéotomie, dilatation, tubage	Laryngofissure.	Guérisou. Le malade garde son tube pendant quelq. jours.	
9	Scanes Sicer. — <i>Soc. l. Londres</i> , 1894.	?	Laryngotypus.	Trachéotomie, dilatation.	Laryngofissure.	Guérisou.	

2^o *Thyrotomie pour sténoses syphilitiques du larynx.* — La syphilis laryngée occasionne très souvent des phénomènes asphyxiques, si bien que, dans une sténose laryngienne grave, il faut toujours rechercher la syphilis dans les antécédents, et parfois même penser à de la vérole ignorée ou cachée par le malade.

Dans les syphilis récentes le traitement spécifique suffit généralement pour faire cesser plus ou moins rapidement les accidents ; en tout cas il n'y a aucune indication de thyrotomie possible. Nous n'aurons à nous occuper que des rétrécissements syphilitiques congénitaux, des rétrécissements consécutifs aux ulcérations, et des rétrécissements rebelles au traitement spécifique.

Les laryngites congénitales sont très dyspnéiques et parfois caractérisées par des néo-membranes glottiques ou sous-glottiques. Nous rapportons plus loin une observation de membrane congénitale inter-glottique guérie par la thyrotomie (1).

C'est à elle qu'il faudra recourir dans un cas semblable, après un diagnostic certain, quand on ne peut la déchirer par les voies naturelles ce qui peut se faire chez les syphilitiques tardifs.

En présence de sténoses syphilitiques que ferons-nous ? Donner d'abord le traitement ordinaire. Si, au bout de quelques jours, le traitement spécifique échoue ou augmente la dyspnée, le chirurgien ne doit pas hésiter à intervenir sous peine de perdre un

(1) OTTO SEIFERT et HOFFA : *Berlin Klin. Woch.*

un malade. Il faut pratiquer la trachéotomie ou le tubage, qui laisseront au traitement spécifique le temps d'agir. Mais ce n'est pas suffisant : la sténose n'est pas arrêtée, elle continue son évolution pour ainsi dire fatale. C'est le moment de pratiquer la dilatation avec les olives de Schroetter.

« Si cette dilatation, chez les syphilitiques trachéotomisés échoue, après des mois de patience, le chirurgien est autorisé à pratiquer la laryngofissure avec résection du tissu fibreux » (1).

L'ouverture du larynx ne doit donc être que la dernière ressource, et elle ne donnera de bons résultats que si elle est suivie d'une dilatation longtemps continuée. Sinon le tissu fibreux enlevé sera remplacé par du tissu de cicatrice encore plus serré, et on aura encore une sténose plus grave (2).

Malgré cela il est impossible de garantir le résultat : il reste toujours la possibilité d'un retour de la sténose.

OBSERVATION de JABOULAY

(*Lyon Médical*, 1898.)

H..., 28 ans, maçon (n° 7703 du registre de M. Garel). Syphilis laryngée glottique et sus-glottique. Trachéotomie, le 21 décembre 1897, par M. Bernoux. Introduction facile d'une grosse canule, au cours d'une tentative d'intubation. Le 15 janvier, M. Garel commence la dilatation avec les

(1) SARGNON. — Thèse 1899.

(2) SEMON. — Congrès de Médecine, 1900.

Sténoses Syphilitiques

Nombres	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOSCIPIES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Jaboulay. — N° 7703 du registre de M. Garel, 1887.	H. 28	Syphilis laryngée glottique et sus-glottique.	Trachéotomie. Intubation. Dilat. avec olives. Récidive.	2 laryngoscopies avec excision.	Pas de résultat.	Le malade refuse toute autre intervention.
2	Rochet et Garel, 1896. — Th. de Sargnon, 1900.	F. 23	Sténose laryngée syphilitique.	Trachéot. Dilat. p. olives et p. mandrin de Garel. Insuccès.	Laryngofissure, ablation du tissu cicatriciel d'une paroi ant. musculo-cicatricielle.	Essais de dilatation avec bougie de Schroetter.	Insuccès.
3	Girodeau. — <i>Annal. de Laryng.</i> , 1882.	?	Laryngite syph. tertiaire.	?	Laryngotomie thyroïdienne.	Pneumonie lobaire double. Mort.	
4	Landgraf. — <i>Berlin. Klin. Woch.</i> , 1888.	?	Sténose laryngée syphilitique.	Trachéotomie.	Laryngotomie thyroïdienne.	Récidive.	Dilat. avec bougies
5	Semon. — Thèse de Sargnon, 1900.	H. 37	Sténose laryngée syphilitique.	Trachéotomie.	Thyrotomie. Excision du tissu cicatriciel.	Retour de la voix.	Sténose non guérie.
6	De Havilland Hall. — <i>Soc. lar. Londres</i> , 1893.	H. 25	Sténose laryngée syphilitique.	Trachéotomie. Dilat. de Schroetter.	Thyrotomie.	Dilatation.	Insuccès.
7-8	Scheier. — <i>Soc. lar. Berlin</i> , 1892.	2 cas	Sténose laryngée syphilitique.	Intubation.	Laryngofissure. Excision du tissu cicatriciel.	Guérison.	Dilatation de Schroetter et tubes de O'Dwyer.
9	Otto Seifert et Hoffa. — <i>Berlin. Klin. Woch.</i> , 1887.	F. 16	Membrane congénitale interglottique.		Thyrotomie.	Guérison en 12 jours.	Continuation du traitement par quelques séances de dilat.

olives de Schroetter ; le malade garde la première olive pendant trois heures. Amélioration notable. Le 18 janvier, nouvelle séance, olive gardée quatre heures; 20 janvier, troisième séance, on passe la plus grosse olive; trois séances ultérieures avec la grosse olive, la dernière le 14 février. Le 22 février 1898, œdème considérable du larynx, bouchant entièrement l'ouverture; il est mou, gêne la déglutition. On donne 4 grammes d'iodure et des frictions mercurielles; le 13 décembre 1898, le malade passe dans le service de M. Jaboulay qui, deux fois, pratique la laryngofissure avec excision sans dilatation ultérieure. Le malade est toujours indécannulable; consécutivement pour tarir la suppuration, M. Jaboulay laisse cicatriser le larynx à l'air. Des essais ultérieurs de tubage sont repoussés par le malade qui repart avec sa canule.

3^o *Tuberculose laryngée et lupus*.—La tuberculose laryngée amène moins souvent que la syphilis des complications asphyxiques graves, aussi s'est-on borné, pendant de longues années, à son traitement médical (Garel).

Le traitement chirurgical est arrivé en dernier lieu et a été fort discuté. Les uns considérant cette affection comme incurable refusent d'intervenir (Urunuela) (1), Lennox, Browne.....).

D'autres (M. Mackensie, Solis Cohen, Schroetter.) n'interviennent que tardivement s'il survient de la dyspnée grave; d'autres enfin préfèrent une intervention rapide et précoce (Ariza, Schmidt, Serkowsky et Ripley.....).

Que conclure parmi toutes ces opinions ?

Il y a plusieurs éléments à considérer. D'abord et

(1) URUNUELA. — 1^{er} Congrès Espagnol de laryngée 1896.

avant tout, il faut que le médecin ait épuisé toutes les ressources que lui fournit le traitement médical. Le traitement sera local (cautérisation, antiseptie) mais il s'adressera aussi à l'état général. Schmitzler, au Congrès de 1888, montra les bons résultats obtenus chez les malades atteints de phthisie laryngée, après amélioration de leur état de santé au moyen de soins hygiéniques et fortifiants. Si, malgré ce traitement médical, il ne se produit aucun mieux, il faut alors recourir au traitement chirurgical.

Ce traitement sera variable. D'après le diagnostic et l'examen laryngoscopique, le chirurgien appréciera le mode d'intervention qu'il faut faire. Ce seront les opérations intra-laryngées, la trachéotomie, la laryngofissure ou les laryngectomies qui pourront être employées. Suivant Castex (1), quand la sténose sera due à de petites tumeurs bien accessibles, telles que des granuloses, des pseudo-polypes tuberculeux, le chirurgien devra se servir des voies naturelles. Il emploiera la trachéotomie dans les cas d'urgence (2), assez rares, du reste, chez les tuberculeux, et aussi dans le but de faire reposer le larynx et d'obtenir par là une amélioration (Garel, Collet, Polyak (3). Il pourra aussi en faire un premier temps de la thyrotomie quelques mois à l'avance. Quant à la thyrotomie comme traitement des sténoses laryngées tuberculeuses, elle est encore très discutée

(1) CASTEX. — *Annales de Gougenheim*.

(2) GOUGENHEIM. — *Bulletin de Thérapeutique*, 1884.

(3) COLLET. — *Province Médicale*, 1896.

bien qu'au premier abord elle semble tout indiquée. Goris (1) l'a beaucoup employée et parfois en a montré des résultats satisfaisants. Il est certain que, dans toute sténose due à la forme végétante de la tuberculose du larynx, qu'elle soit polypeuse (Gougenheim et Tissier), que ce soient des hypertrophies granuleuses, ou bien la forme lupique, lorsque le chirurgien n'a pu intervenir par d'autres moyens, on peut arriver à un résultat pratique immédiat : enlever les tumeurs et faire disparaître la dyspnée qu'elles occasionnaient. Mais il faut encore considérer le résultat final ; or ce résultat final est généralement mauvais. D'abord, il faut craindre le danger d'infection de la plaie chirurgicale (2). Cette plaie une fois infectée se recouvre de bourgeonnements tuberculeux qui s'ulcèrent à la longue, suppurent, empêchent l'occlusion du larynx et facilitent la généralisation de la maladie. En outre, la thyrotomie n'assure que rarement la guérison complète ; la récurrence arrive vite et souvent plus grave que la première fois. Nous n'insisterons pas non plus sur la gravité que présente cette opération chez des malades déjà affaiblis (Helary (3)).

Malgré ces inconvénients, il faut reconnaître que, dans certains cas, elle eut des succès ; mais alors ne s'agit-il pas d'erreurs de diagnostic ? Quoi qu'il en soit nous donnerons comme indication de la thyrotomie, dans la tuberculose du larynx, l'opinion de

(1) GORIS. — *Annales de Gougenheim*, 1898 ; MARTY. — Thèse Paris, 1888.

(2) SEMON. — Congrès de Médecine, 1900.

(3) HELARY. — Thèse de Paris, 1893.

Navratil : « La laryngofissure est indiquée quand les altérations sont circonscrites et qu'on peut retirer tous les tissus malades ; quand les poumons sont encore en bon état et qu'on a déjà pratiqué la trachéotomie » (1). C'est aussi l'avis de Gougenheim, Pienazeck, Goris (2), Baurovicz (3), Castex et ce sont les idées qui ont été défendues, au Congrès de Médecine de 1900, par Semon.

Nous rappelons ici l'observation de la malade opérée par M. le docteur Delore. Cette malade fut thyrotomisée, après diagnostic laryngoscopique de sarcome du larynx ; l'examen histologique de la tumeur démontre ensuite qu'il s'agissait d'une infiltration tuberculeuse. Quoi qu'il en soit la malade guérit, et sortit de l'hôpital avec un bon résultat opératoire.

OBSERVATION de M. DELORE.

(Inédite.)

M. . . , Marie, 33 ans, journalière, demeurant à Lyon, entre à l'hôpital le 27 décembre 1899. La maladie a débuté, au mois de mai de la même année, par un léger enrouement. Peu à peu, la voix devient complètement voilée. A cette dysphonie s'ajoute bientôt la dyspnée. La malade a des crises d'étouffement assez répétées. La douleur est à peu près nulle.

A l'examen laryngoscopique, on trouve une tumeur située

(1) NAVARTIL. — Société Hongroise d'Otol. et Laryng., 1898.

(2) GORIS. — Soc. belge d'Otol. et de Laryng., 1897.

(3) BAUROVICZ. — *Arch. für Lar. und, Rh.*

Tuberculoses et Lupus du Larynx

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Goris. — <i>Annales de Lar.</i> , 1898.	♀ ?	Tuberculose laryngée débilitante, examen bactériologique.		Thyrotomie.	Guérison.	Voix claire, aug. de poids 1 an après.
2	Goris. — <i>Annales de Lar.</i> , 1898.	♀ ?	Tuberculose laryngée		Thyrotomie.	Guérison.	Voix rauque, aug. de poids 1 an après.
3	Dehio. — <i>Petersbourg Med. Woch.</i> , 1888.	H. 41	Tumeur sur la corde gauche.		Thyrotomie avec excision de la corde.	Mort en quelq. sem. après infection tub. généralisée.	
4	Gougenheim et Guinard.	E. 10	Lupus secondaire à ulcère du nez.	Trachéotomie préventive.	Laryngofissure.	Guérison.	2 mois après, pas de récédive.
5	Navratil. — <i>Soc. Hongr. d'otol.</i> , 1898.	F. 27	Infiltration rouge pâle sur ventricule droit.		Laryngofissure.	?	
6	Navratil. — <i>Soc. Hongr. d'otol.</i> , 1898.	H. 37	Infiltration circonscrite sur corde gauche.		»	?	
	Hennig. — <i>Berlin. Klin. Woch.</i> , 1888.	H. ?	1 grosse tumeur corde g ; 1 petite tumeur corde d. ; Masse papillaire à droite.		Laryngofissure.	Mort en quelques jours.	
8	Delore. — Obs. inédite, sept. 1900.	F.	Tuberculose du larynx	Trachéotomie 8 jours avant.	»	Guérison.	

sous la corde gauche et inaccessible par le larynx. On pense à une tumeur maligne probablement sarcomateuse et l'intervention est décidée.

La trachéotomie est faite d'avance le 30 août et le 11 septembre, M. le docteur Delore fait une thyrotomie. Il enlève la tumeur et en même temps la corde gauche où elle était née. Cette tumeur examinée histologiquement par M. le docteur Dor n'est pas un sarcome, comme on l'avait pensé tout d'abord, mais une tumeur tuberculeuse.

Les suites de l'opération furent simples ; la malade se remit rapidement et sortit quelques jours après de l'hôpital à peu près guérie. Sa voix était encore enrouée.

Aujourd'hui, l'état général est bon ; la cicatrice du cou est à peine visible. La malade parle sans difficulté, n'est plus oppressée. Sa voix est encore légèrement rauque. En somme, elle est contente du résultat de l'opération.

4^o *Sclérome*. — La thyrotomie a récemment été appliquée en traitement du sclérome des voies respiratoires. Navratil, Sokolowski, Pienazek ont obtenu des résultats réellement merveilleux, et ont pu donner des indications du traitement chirurgical du rhinosclérome.

1^o Pour les cas bénins, c'est-à-dire quand l'infiltration date de peu de temps et se limite à la partie supérieure du larynx, ou dans les cas de sténose membranaiforme, il faut commencer par employer la dilatation au moyen des olives de Schroetter. A la suite de nombreuses séances et d'une dilatation progressive, on a vu des malades guérir sans aucun autre traitement. La récurrence peut cependant se faire, mais elle a lieu à des distances plus ou moins éloi-

Sclérome

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Chiari.	F. 24	Sclérome.	Dilatation, trachéotomie.	Sept mois après, laryngofissure.	Guérison.	Deux mois après pas de récidive.
2	Gradenigo. — <i>Société Berlin. lar.</i> , 1900.	F. ?	Sclérome hypoglottique à évolution lente.		Laryngofissure sans canule.	Résultat parfait.	
3	Polyak. — <i>Société Hongroise d'Otol.</i> , 1899.	H. 31	Sclérome laryng. primitif.	?	Laryngofissure.	Guérison.	
4	Schroetter. — <i>Annales de Gougenheim</i> , 1900.	H. 23	Sclérome laryng. primitif.	?	Thyrotonie en 1898 — en 1899	Guérison. Garde canule.	Dilatation ultérieure.
5	Navratil. — <i>Soc. Hong. laryng.</i> , 1894.	?	Sclérome laryng. primitif.	Trachéotomie.	Thyrotonie et abl. au thermo.	Guérison.	
6-17	Onze observations de Sokolowski (<i>Præhels Arch.</i> , 1895-1896).	—	Sclérome laryng. primitif.	?	Laryngofissure.	Guérison.	Dilatation.
18-20	Navratil. — <i>Soc. Hong. laryng.</i> , 1898.	—	Sclérome laryng. primitif.	?	Laryngofissure.	Guérison.	Récidives.
21	Polyak. — <i>Soc. Hong.</i> , 1898.	F. 45	Sclérome laryng. primitif.	Trachéotomie avec méth. de Schleich.	Laryngofissure.	?	
22	Kutner. — Thèse de Sargnon, 1897.	F. 28	Chordite vocale inférieure.	Trachéotomie avec méth. de Schleich.	Laryngofissure.	Guérison.	Récidive. Mort par pneumonie.
23	Navratil. — <i>Soc. des oto-lar. Hongrois</i> , 1897.	H. 24	Sous-chordite bi-latérale hypertrophique. Sclérome (?)	Trachéotomie. Décaulement impossible.	Laryngofissure.	Guérison.	
24	Navratil. — <i>Soc. des oto-lar. Hongrois</i> , 1898.	H. 37	Laryngite hypertrophique hypoglottique.	Trachéotomie, sclérome, bougrage.	Laryngofissure.	?	

gnées suivant la patience du malade à continuer les séances de dilatation.

2^o Pour les cas graves. Lorsque les bourrelets scléreux envahissent le larynx, ou bien le bas larynx et la trachée, il faut encore commencer par le traitement de Schroetter. Mais il ne faudra pas s'attarder à le continuer. Si, au bout d'un certain temps, le chirurgien n'a pas obtenu de résultats et s'aperçoit que le sclérome continue son évolution, il devra faire la thyrotomie ou la laryngofissure. Il ouvrira le larynx très exactement sur la ligne médiane, et enlèvera les végétations laryngiennes. Quand la cicatrisation sera obtenue et avant que la rétraction cicatricielle n'arrive, on devra faire de la dilatation. Et ce n'est encore qu'après un traitement longtemps continué que le malade guérira définitivement. Est-ce à dire pour cela que le sclérome ne récidive jamais ? Non, la récidive est fréquente, mais elle est alors plus facilement traitée au moyen des olives. En tout cas, la thyrotomie a rendu un grand service au malade et a été, en somme, une opération d'urgence. Pour Sokolowski, « la thyrotomie avec ablation de la muqueuse épaissie donne des résultats bien supérieurs à ceux de la dilatation progressive, qui exige une grande patience de la part du médecin et encore plus du malade ».

Tumeurs bénignes du larynx. — Les tumeurs bénignes du larynx sont nombreuses et peuvent toutes donner naissance à la dyspnée par l'obstruction des voies aériennes. Par conséquent, toutes aussi

peuvent être justiciables de la thyrotomie à un moment donné, quelle que soit leur origine (épithéliale, conjonctive...). Parmi ces tumeurs les papillomes sont de beaucoup les plus fréquents et aussi les plus rebelles à tous les traitements. Nous les étudierons en premier lieu.

Les papillomes laryngiens, le plus souvent multiples, amènent presque toujours, surtout chez l'enfant, des phénomènes asphyxiques nécessitant une intervention immédiate. Les moyens employés dans ce cas, sont ceux que nous connaissons déjà ; comme précédemment, nous les passerons rapidement en revue, nous verrons leurs avantages, et leurs inconvénients nous donneront parfois les indications que nous cherchons pour la thyrotomie.

En cas d'urgence, le chirurgien pourrait hésiter entre deux moyens : le tubage et la trachéotomie. C'est le second qu'il devra choisir.

Le tubage, qui rend parfois de grands services dans le cours de certaines maladies du larynx, ne donne que de très mauvais résultats dans le traitement des papillomes.

Il est difficile, par suite de l'obstruction laryngée ; souvent inutile, car la tumeur vient oblitérer la lumière du tube ; en outre dangereux puisqu'il peut détacher un papillome qui tomberait dans le larynx et déterminerait l'asphyxie.

Comme moyen curatif le tubage est encore contre indiqué ; pour avoir quelque résultat il faudrait, en effet, le continuer longtemps. Le tube jouerait alors le rôle de corps étranger et produirait une certaine

irritation défavorable au malade. Par sa présence il empêche, en outre, tout autre traitement, toute tentative d'ablation. Donc pas de tubage.

La trachéotomie est, au contraire, un procédé de choix. Quand les papillomes déterminent une dyspnée grave, l'opération s'impose d'urgence. C'est aussi une excellente méthode en cas d'échec du traitement endo-laryngé. Massei, Egidi, Garel la conseillent fortement. Elle met, en effet, l'organe au repos et facilite ainsi singulièrement l'extirpation endo-laryngée même chez l'enfant.

D'ailleurs, avec ou sans traitement local, elle a suffi, dans de nombreux cas, pour amener la régression, parfois même la disparition spontanée des tumeurs bénignes.

En outre, si les papillomes résistent à l'ablation par voies naturelles et à la trachéotomie, cette opération devient le premier temps de la thyrotomie à laquelle on sera obligé de recourir (au bout de 4 à 5 mois).

Nous n'avons pas encore parlé des méthodes de traitement par voie endo-laryngée (ablation, cautérisation...). C'est cependant toujours par elles que le chirurgien devra commencer, s'il n'y a pas indication immédiate d'urgence. En effet, certains papillomes placés dans un point facilement accessible à la pince on à l'anse galvanique, comme le bord libre ou la face supérieure des cordes et des bandes ventriculaires, les replis ary-épiglottiques et l'épiglotte, ne nécessitent pas l'ouverture du larynx, et il suffira pour le faire disparaître d'une main un peu habituée à travailler à la lumière du laryngoscope. Mais tous les cas ne

se ressemblent pas et il est des papillomes qu'on ne saurait avoir par les voies naturelles. Cela tient : 1^o à leur situation dans le larynx : une tumeur logée dans les ventricules ou dans l'espace sous-glottique est difficilement accessible ; 2^o à leur volume : l'écartement des deux branches de la pince où l'anneau de l'anse ne peut pas embrasser la tumeur toute entière ; 3^o à leur largeur de base : on ne peut enlever en entier une tumeur non pédiculée, d'où récidive ; 4^o à leur nombre et leur tendance à la répullulation ; 5^o à l'*indocilité habituelle* de l'enfant.

Ajoutons à cela le danger de ces opérations intralaryngées, surtout chez les jeunes enfants, c'est-à-dire les hémorrhagies et les spasmes pouvant nécessiter la trachéotomie d'urgence ou préliminaire ; les récidives, si fréquentes qu'elles sont la règle et, en outre la possibilité de la transformation en tumeurs malignes des tumeurs bénignes irritées par des interventions trop souvent répétées, et nous connaissons les difficultés et aussi les dangers qui accompagnent les opérations par voies naturelles.

Si la trachéotomie n'amène pas d'amélioration, si l'ablation endo-laryngée est impossible, ou les récidives trop nombreuses, le chirurgien est alors autorisé à pratiquer la laryngofissure(1). Mais nous ne saurions trop répéter qu'il faut d'abord laisser reposer le larynx et faire une trachéotomie préalable au moins six mois avant cette nouvelle intervention.

(1) NAVRATIL. — Soc. Otol. et Laryng.

(2) SOLIS COHEN. — Congrès de Washington 1887.

Certains chirurgiens préconisent, au contraire, la thyrotomie d'emblée en présence des papillomes laryngés. C'est une manière de voir que ne partagent pas la plupart des auteurs et qui semble exagérée quand on voit le nombre d'observations de malades guéris, par la simple trachéotomie (Observation de Garel. Thèse de Sargnon (1)).

La thyrotomie sera faite suivant la méthode ordinaire ; la tumeur sera ensuite extirpée avec son pédicule, et on pourra même en cautériser le pied (Brindel) (2). Les résultats sont alors excellents. Si quelque récurrence vient à se produire, cette récurrence est moins grave et la tumeur peut facilement être enlevée par les voies naturelles (Masini) (3).

Nous étendrons tout ce qui vient d'être dit pour les papillomes aux autres tumeurs bénignes : fibromes, lipomes, myxomes... et surtout aux angiomes du larynx. Pour ces derniers, l'ablation par voie endo-laryngée est alors formellement contre-indiquée par suite de l'hémorrhagie qui se produit fatalement et ne peut être arrêtée. Avec la thyrotomie le chirurgien voit ce qu'il fait, et assurera l'hémostase à mesure qu'il fera l'ablation de l'angiome. Il pourra même, s'il veut éviter toute perte de sang, opérer au thermo-cautère ou bien à l'anse chaude (Ferron, Pantaloni, Baud).

Les résultats de la thyrotomie ou laryngofissure

(1) SARGNON. — Thèse de Lyon, 1899.

(2) BRINDEL. — Thèse de Bordeaux 1896.

(3) MASINI. — Acad. méd. Gênes, 1899.

sont constatés dans nombre de statistiques. Nous citerons celle d'Hopman (Volkmans, Klin, Vortrage) qui fit avec succès 57 thyrotomies pour tumeurs bénignes, celle du dernier Congrès de Médecine de 25 opérations.

Résultats de notre statistique :

- 62 opérations ;
 - 6 morts ;
 - 6 récurrences connues ;
 - 50 guérisons.
-

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillômes

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOSSIURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Burguet, 1878.	F. 7	Papillome de corde gaulée.	Trachéotomie, 28 juillet.	Thyrot., le 30 août.	Guérison rapide.	Voix enroutée.
2	Bakel. — <i>Gaz. méd. de Stras.</i> , 1886.	H. 73	Polype volumineux.	Trachéotomie et thyrotomie en une séance.		Mort de pneumonie septique le 9 ^e jour.	
3	Bakel. — <i>Gaz. méd. de Stras.</i> , 1886.	F. 42	Papillome.		Thyrotomie simple.	Guérie en 8 jours.	Voix forte 3 mois après.
4	Bakel. — <i>Gaz. méd. de Stras.</i> , 1886.	H. 16	Papillome corné.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérison.	Voix basse 2 ans après.
5	Socin. — Th. de Schwartz.	F. 44	Fibrome.		Thyrotomie.	Guérison en 6 mois.	Voix normale.
6	Mourre. — Th. de Brindel, 1895.	H. 29	Papillomes diffus et récidivants.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guéri en 4 mois.	Pas de récidives 8 mois après.
7	Mourre. — Th. de Brindel, 1895.	H. 52			Thyrotomie.	Guérison.	Voix normale.
8	Hofa, 1889. — Stat. de Beker.	H. 52	Papillomes en dessous des cordes.	Trachéotomie.	Thyrotomie et thymocautère.	Guérison rapide.	
9	Morian, 1889. — Stat. de Beker.	H. 52	Papillomes de la glotte.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillomes (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
10	Sprengel, 1889. — Stat. de Beker.	F. 18 m.	Gonflement de la trachée après diphtérie.	Trachéotomie diphtérie	Thyrotonomie et cauterisation.	Guérison.	
11	Sprengel, 1889. — Stat. de Beker.	H. 9	Papillomes.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	
12	Sprengel, 1889. — Stat. de Beker.	H. 8 m.	Papillomes.	Trachéotomie.	Thyrotonomie.	Récidive, diphtérie. Mort.	
13	Sprengel, 1889. — Stat. de Beker.	H. 4	Papillomes.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Diphtérie.	Intubation, canule permanente.
14	Sprengel, 1889. — Stat. de Beker.	H. 14	Papillomes.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	
15	Hausner.	H. 23	Papillomes multiples	Trachéotomie.	Thyrotonomie, curetage avec ciseaux, thermocautère.	Guérison.	
16	Barker et Lewin.	H. 3	Papillome congénital.	Trachéotomie.	Thyrotonomie 4 ans après.	Mort de pneumonie.	
17	Desvermeine Galdos, 1887.	H. 7	Papillomes 8 congénitaux.	Trachéotomie.	Thyrotonomie 4 ans après.	Guérison.	Récidive guérie au cautère.
18	Dundas. Grant, 1889.	H. 50	Tumeur bénigne.	Trachéotomie.	Thyrotonomie.	Guérison.	

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillômes (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
19	Billroth, 1890. — <i>J. of Lar. and. Rh.</i>	H. 5	Papillomes.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	Voix chuchotée.
20	Köhler, 1890. — <i>Berlin. Klin. Voch.</i>	H. 28	Tumeur corde gauche.		Thyrotomie.	Périchondrite aiguë, végétations.	Guérison.
21	Miles, 1891. — <i>British. Med. J.</i>	E. 4	Papillomes 25.		Thyrotomie.	Guérison rapide.	.
22	Wagner, 1891. — <i>Med. Record.</i>	H. 18 m.	Papillome.		Thyrotomie.	Guérison.	Mort de grippe, un mois après.
23	Lannelongue.	H. 3	Papillome énorme.		Laryngofissure, curetage.		Mort de diphtérie.
24	Borneman. — <i>Deutsch. Med. Voch.</i>	H. 4	Papillomes et sténose après trachéotomie.		Laryngofissure.		Voix rauque.
25	Borneman. — <i>Deutsch. Med. Voch.</i>	H. 14 m.	Papillome.		Laryngofissure.		Mort de diphtérie, 2 mois.
26	Eliasberg. 1891. — <i>Journal of Lar.</i>	» »	Papillome de corde.		2 thyrotomies par suite de récidives.	Récidive.	Guérison en 2 ans, après trachéotomie
27	J.-M. Booth, 1895. — <i>British. Med. J.</i>	p	Papillome fibreux inséré sur corde gauche.	Essai infructueux d'ablation par voie n.	Thyrotomie.	Guérison rapide.	Voix normale.

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillômes (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
28	Rosenberg.	?	Papillomes multiples.		17 thyrotomies.	Récidives.	
29	Sommerbrodt, 1888. — <i>Berlin. Klin. Voch.</i>	H. »	Papillomes multiples depuis 28 ans.		Laryngofissure.	Guerison complète	Voix ordinaire.
30	Hopmann. — Ass. larg. all Cologne 1898.	F. 16	Tumeur papillaire observant tout le larynx.	Essai par voie nat. syncope, trachéotomie immédiate.	Thyrotomie 4 jours après.	Guerison.	Silénose guérie par bougies de Schrotter.
31	Seifert. — <i>Munch. Med Voch.</i> , 1890.	E. ?	Papillomes.	Tubage.	Laryngofissure.	Guerison.	Tubage.
32	Wilson. — Acad. Méd. New-York.	E. 3	Tumeur sous corde de trachée.		2 laryngofissures, récidives.	Récidives.	Guerison par intubation.
33	Frankenberger, 1897.	E. 4	Papillomes.	Tubage, trachéotom.	Laryngofissure, ablation.	Guerison.	Pas de récidives, voix normale.
34	Egidi.	F. 40	Papillomes.	2 extirpations à la pince, intubation, trachéot.	Laryngofissure.	Guerison avec canule, gardée quelques mois.	
35	Koller. — <i>Berlin. Klin. Voch.</i> , 1892.	H. 54	Papillomes.	Traité par cautéris. au nitrate et galvan.	Thyrotomie.	Guerison.	5 mois après pas de récidives.
36	Navrátil, 1898.	» »	Polype.		Laryngofissure.	Guerison.	Voix claire.

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillômes (Suite)

NOMBRES	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXES AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
37		H. 47	Papillomes multiples sur corde gauche.		Laryngofissure sans trachéotomie préalable.	Guérison.	
38	Marsh., <i>Brid. med. J.</i> , 1897.	H. 63	Papillomes multiples.		Thyrotomie.	Guérison.	
39	Luc. — <i>Soc. Franc. Laryng.</i> , 1900.	E. 3	Papillomes.	Trachéotomie.	Laryngofissure en août 1899.	Guérison.	Voix enroutée. Au- jourd'hui pas de récidive.
40	Schuchart. — Halle, 1897.	F. 59	Fibrome.	Essai d'ablation par voie nat. Trachéo- tomie.	Thyrotomie.	Guérison.	Voix normale.
41	Schniegelew.	F. 46	Adénome.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérit en 3 semai- nes.	Morte deux ans après (sans récidive) de cancer d'estomac
42	?	F. 25	Lipome des régions sous- glottiques.	Trachéotomie.	Thyrotomie le len- demain.	Guérison.	Pas de récidive.
43	Bäckel. — <i>Gaz. de Strasbourg</i> , 1876.	?	Polype volumineux du la- rynx.		Thyrotomie en une séance.	Guérison.	
44	Bäckel. — <i>Gaz. de Strasbourg</i> , 1886.	?	Papillome.		Thyrotomie en une séance.	Guérit avec fistule.	Mort d'hémoptysie tu- berculeuse.
45	Cisneros. — <i>Rev. clin. des Hôp.</i> , 1890.	H	Papillome corné du la- rynx.		Laryngotomie thyroi- dienne.	Guérison.	

Tumeurs bénignes du Larynx -- Papillômes (Suite)

NUMÉROS	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
46	Debron. — Thèse de Svobcl, Strasbourg, 1866.	?	Polype volumineux.		Laryngotomie thyroïdienne.	Mort 7 jours après.	
47	Gilowski. — <i>Vien. Med. Voch.</i> , 1865.	?	Polype muqueux.		Thyrotomie.	Guérison.	
48	Johnson. — <i>Chicago Med. Jour.</i> , 1877.	E. 6	Polypes.		2 thyrotomies.	Guérison.	
49	Johnson. — <i>Chicago Med. Jour.</i> , 1877.	E. 40	Polypes sous-glottiques.		Thyrotomie.	Guérison.	
50	Krishaber. — Thèse de Pichon, 1869.	?	Polype du ventricule du larynx.		Thyrotomie.	Guérison.	Conservation intégrale de la voix
51	Lincoln. — <i>New-York Med.</i> , 1893.	?	Papillome récidivé 22 ans après.		Thyrotomie.	Guérison.	
52	Perrier. — <i>Acad. Méd.</i> , 1892.	F. 6	Papillome du larynx.	Trachéotomie.	Thyrotomie.		
53	Ruault. — <i>Soc. Paris Otol.</i> , 1892.	?			Thyrotomie.		Mort 1 mois après de diphtérie.
54	Pantaloni. — <i>Arch. prov. Chirurg.</i> , 1897.	F. 38	Angiome circonscrit.	Essai d'ablation par voies naturelles, trachéotomie.	Thyrotomie. Ablation au bistouri. Thiernocauté.	Guérison.	Après 3 semaines, voix normale.

Tumeurs bénignes du Larynx — Papillômes (Suite)

NOMBRES	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOISSUES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
55	Baud.	H. 55	Angiome.	Essai de cautérisation.	Thyrotomie.	»	
56	Bocker. — <i>Annales de Gougenheim</i> , 1887.	?	Enchondrome de paroi post. du cricoïde.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérison.	Voix nette.
57	Lefferts.	?	Eversion du ventricule.		Thyrotomie. Excision de muqueuse herniée.	Guérison.	
58	Gilewski, 1865.	F. 18	Polype.		Thyrotomie.	»	
59	Szoparovicz, 1877.	F. 8	Papillomatose diffuse.		Thyrotomie.	»	
60	Szoparovicz, 1877.	F. 60	Tumeur bénigne.		Thyrotomie.	»	
61	Szoparovicz, 1879.	H. 26	Papil. diffus.		Thyrotomie.	»	
62	Kjuwski, 1887.	?	Polype fibreux.		Thyrotomie.	»	

Tumeurs malignes. — 1^o *Cancer.* — En présence d'une tumeur maligne du larynx, le chirurgien peut avoir à intervenir à différentes époques :

- 1^o Au début de la maladie ;
- 2^o Dans la période d'état ;
- 3^o A la terminaison.

Dans cette dernière période, il est certain que la thyrothomie ne peut rendre de grands services ; le malade, plus ou moins cachectisé, est alors en proie à l'infection cancéreuse ganglionnaire, la tumeur volumineuse remplit tout le larynx et s'étend aux tissus voisins ; il ne reste plus au chirurgien qu'à lui adoucir ses derniers moments en soulageant ce qui le fatigue le plus, la dyspnée.

Il fera donc la trachéotomie (1) qui donne de longs mois de survie.

Il n'en est pas de même au début de l'affection. Le plus souvent, le malade se présente au médecin sans souffrir énormément ; il ne se plaint que d'un enrouement persistant, d'une légère douleur à la déglutition, rarement d'oppression. Le diagnostic est difficile à faire. Ricardo Botey préconise, dans ce cas, la thyrothomie exploratrice, car elle ne peut avoir, dit-il, que des avantages. Si l'on trouve une tumeur bénigne, on l'enlève et le malade guérit ; si c'est une tumeur maligne, le malade bénéficie d'une précoce intervention et peut guérir sans récidives. Ce serait donc une première indication de la thyrotomie, mais elle est

(1) SCHMIEGELOW. — Soc. méd., Copenhague, 1897.

discutable. En tout cas, dès que le diagnostic de cancer laryngien est fait, par quelque méthode que ce soit, et surtout par l'examen histologique d'une parcelle de la tumeur, le chirurgien ne doit pas hésiter : il ouvrira le larynx et enlèvera largement les parties malades, que ce soient des parties molles ou des parties cartilagineuses.

A ce prix, il n'aura pas de récidives. Ce sera, du reste, chose facile quand le cancer, bien situé dans le champ opératoire fourni par la laryngofissure, c'est-à-dire sur les cordes et dans le ventricule, sera d'une variété polypoïde (Frœnkel) (1), mais la difficulté ne sera plus la même si le chirurgien a devant lui un cancer plus ou moins diffus et étalé dans tout le larynx. Il aura l'occasion de montrer alors son habileté opératoire.

Lorsque le malade vient, au contraire, consulter le médecin à une époque plus avancée, l'indication n'est plus la même. Plusieurs facteurs rentrent alors en ligne de compte pour déterminer l'intervention. Du côté de la tumeur, sa situation, son étendue, sa généralisation ; du côté du malade, son âge et son état général (Schmiegelow).

Chez un individu pas trop âgé, encore bien portant, le chirurgien devra faire la thyrotomie, si le néoplasme n'a pas envahi le tissu péri-laryngien, s'il n'atteint pas les régions voisines des extrémités ou des surfaces externes et surtout s'il n'existe pas d'infarctus ganglionnaires ou, du moins, s'ils sont cir-

(1) FRÆNKEL. — *Deutsch. med. Woch.*, 1889.

conscrits, petits et peu appréciables (Ricardo Botey). Mais il serait bien inutile d'ouvrir le larynx et d'enlever même la plus grande partie du tissu malade chez un individu dont la tumeur aurait envahi le larynx tout entier et même ses parties adjacentes. Ce serait perdre son temps et faire perdre au malade le bénéfice qu'il aurait pu retirer d'une laryngectomie immédiate.

Nous rappelons, cependant, ce que nous avons dit au sujet de la thyrotomie exploratrice, qui doit presque toujours être faite avant une laryngectomie.

Donc, quatre indications de la thyrotomie dans le cancer du larynx :

1^o Thyrotomie exploratrice;

2^o Thyrotomie dès le début de la maladie ;

3^o Thyrotomie dans les cas avancés, quand la tumeur est encore limitée, qu'il n'y a pas de généralisation et que le malade va bien ;

4^o Thyrotomie comme opération préliminaire à la laryngectomie.

Les résultats ainsi obtenus sont excellents, si bien que les extirpations totales vont en diminuant, tandis que les thyrotomies avec extirpation partielle au début augmentent chaque année (Hansberg).

Denombreuses statistiques consignent ces résultats; nous citerons celles de Hansberg qui cite 34 laryngofissures avec 17/100 de succès. Celle de Chiari, sept malades avec une récurrence, cinq guérisons sans récurrences. Bryson-Delavau 28-40/100 de guérisons. Simon, 49 malades, 42 survies, 7 guéries sans récurrences.

2^o *Sarcome*. — Tout ce qui vient d'être dit pour le cancer du larynx s'applique aussi au sarcome. Le chirurgien aura moins souvent l'occasion de faire une thyrotomie dans ce cas, par suite de la plus grande rareté de ce genre de néoplasme; mais le diagnostic devra aussi être fait de très bonne heure pour éviter la marche très rapide de cette affection et le développement énorme que peuvent acquérir ces tumeurs (Grant) (1).

3^o *Tumeur maligne d'un organe voisin*. — Nous citerons ici une observation de Jaboulay (2), qui fit une thyrotomie à la place d'une trachéotomie avant l'ablation d'une tumeur du corps thyroïde.

CANCER THYROÏDIEN. — L'auteur fait la thyrotomie pour ne pas s'égarer dans le néoplasme. On met une canule œsophagienne qui pénètre de 12 centimètres. Mort dans la soirée.

Autopsie. — La sonde va jusqu'à la bifurcation trachéale; la trachée est convexe à gauche; poumons emphysémateux en haut, congestionnés en bas. Trachée envahie par le cancer. On voit sur sa face postérieure plusieurs plaques blanches et un gros noyau; peut-être est-ce une thyroïde accessoire intra-laryngée.

Résultats sur 85 cas :

28 sans récidives connues de 1-4 ans
après l'opération.

14 morts après l'opération ;

43 récidives de 2-12 mois après.

(1) Thèse de Toulouse, 1896.

(2) JABOULAY. — Thèse de Sargnon, 1899.

Tumeurs Malignes — Epithéliomas Cancers et Sarcomes du Larynx

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
1	Cisneros. — <i>Central f. lar.</i> , 1890.	H. 57	Cancer, tiers antérieur.		Laryngofissure avec excision des parties molles.	Guérison.	?
2	Dudon. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1891.	H. 34	Carcinome étendu.		Laryngofissure avec excision des parties molles.	Guérison.	Prompte récidive, mort 10 mois après l'opération.
3	Mourre. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1888.	H. 48	Epithélioma, corde gauche.		Laryngofissure avec excision des parties molles.	Guérit, mais prompte récidive.	Mort 12 mois après extirpation totale.
4	Mourre. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1888.	F. 58	Epithélioma, corde gauche.		Laryngofissure avec excision des parties molles.	Guérit, mais prompte récidive.	Mort 11 mois après.
5	Mourre. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1891.	H. 51	Epithélioma du larynx.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Canule gardée 3 m.	3 ans après, pas de récidive, voix enroutée.
6	Mourre. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1893.	H. 60	Epithélioma de la corde gauche.	Trachéotomie suivie de thyrotomie.	»	Guérison.	2 ans après, pas de récidive.
7	Nicolaysen. — <i>Norn. Magaz. fur Loeq.</i> , 1889.	H. 66	Carcinome.		Laryngofissure.	Guérison.	Récidive après trois mois.
8	Demons. — <i>Ann. de Gougenheim</i> , 1891.	H. 53	Cancer de corde gauche.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Mort 5 jours après.	
9	Newmann. — <i>Glasgow Med. Journ.</i> , 1891.	H. 40	Epithélioma de la corde gauche.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Guérison.	Pas de récidive, 2 ans et demi après.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas Cancers et Sarcomes du Larynx (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFSISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
10	Krieg. — <i>Méd. Cor. Blatt. Wurttemberg</i> , 1891.	♀ ?	Carcinome.	?	?	Guérison.	
11	Dundas Grant. — <i>Brit. Med. Journ.</i> , 1891.	♀ 40	Cancer.		?	Guérison.	6 mois après, pas de récidive.
12	Thomas, 1895.	H. 53	Epithélioma.	Trachéotomie et tyrotomie en une séance.	»	Guérison.	?
13	Semon. — <i>Brit. Med. J.</i> , 1892.	H. 38	Carcinome (ventricule de Morgagni).		Thyrotomie, raclage.	Guérison.	3 ans après, pas de récidive.
14	Butlin. — (Statistique), 1888.	H. 51	Epithélioma corde gauche.		»	Guérison.	3 ans après, pas de récidive.
15	Butlin. — (Statistique), 1889.	H. 60	Epithélioma étendu.		Laryngofissure.	Pyémie, mort 9 ^e jour.	
16	Butlin. — (Statistique), 1891.	F. 40	Cancer de la corde droite.		Laryngofissure.	Guérison.	Récidive à 9 mois.
17	Butlin. — (Statistique), 1894.	H. 54	Carcinome du tiers inférieur de la corde droite.		»	Guérison.	Pas de récidive, 2 ans et 3 mois après.
18	Butlin. — (Statistique), 1891.	H. 57	Epithélioma (corde gauche).		»		1 an après, pas de récidive.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancres et Sarcomes du Larynx (*Suite*)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXES AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ELOIGNÉS
19	Butlin. — (Statistique), 1887.	H. 39	Epith. du repli aryépiglottique droit.		Laryngofissure et pharyngotomie sous-hyoidienne.	Garde la canule.	2 ans après, récidive locale.
20	Butlin. — (Statistique), 1889.	» »	Epith. du repli aryépiglottique droit.		Laryngofissure et pharyngotomie sous-hyoidienne.	Guérison.	Récidive 4 ans après dans ganglion du cou. Mort.
21	Butlin. — (Statistique), 1888.	H. 59	Epith. du repli gauche.		Laryngofissure et pharyngotomie sous-hyoidienne.	Mort, le 4 ^e jour, de manie.	
22	Butlin. — (Statistique), 1892.	H. 53	Epithélioma.		Laryngofissure.	Guérison.	?
23	Butlin. — (Statistique), 1894.	H. 62	Carcinome étendu.		Laryngofissure exploratrice.	Mort en quelques mois.	
24	Lardy et Rhotiades. — <i>Revue Med. Suisse</i> , 1893.	H. 49	Carcinome du tiers ant. des cordes.		Thyrotomie.	Guérison.	Pas de récid. 2 ans et 3 mois après.
25	Pienazek, 1893. — <i>Deut. Zeit. Chir.</i> ,	H. 50	Cancer étendu.		»		Récidive 5 ans après extirpation totale.
26	Pienazek, 1892. — <i>Deut. Zeit. Chir.</i>	H. 40	Cancer étendu.		»		Récidive 1 an après ablation totale.
27	Pienazek, 1889. — <i>Deut. Zeit. Chir.</i>	H. 46	Cancer de la corde droite.		»		Récid. 2 m. ap. Mort.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancers et Sarcomes du Larynx (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
28	Kooker. — <i>Thèse de Lang</i> , 1893.	H. 51	Canc. de la corde gauche.		Thyrotomie.		3 ans 3 mois après, pas de récidive.
29	Senon. — <i>Soc. lar. Londres</i> , 1894.	H. 63	Epithélioma (corde g.).		»		1 an 4 mois après, pas de récidive.
30	Senon. — <i>Soc. lar. Londres</i> , 1894.	H. 55	Cancer ?		»		7 mois après, pas de récidive.
31	Kasinski. — <i>Soc. lar. Londres</i> , 1894.	H. 51	Carcino-sarcome.		»		1 an après, pas de récidive.
32	Kaster. — <i>Berlin Klin. Woch.</i> , 1892.	H. 54	Cancer des deux cordes.		»		4 ans 9 mois, pas de récidive.
33	Phelps. — <i>New-York J.</i> , 1894.	H. P	Epith. corde gauche.		»	Mort 17 jours après.	
34	Downie. — <i>Brit. Med. J.</i> , 1894.	H. 56	Cancer corde gauche.		»		17 mois après, pas de récidive.
35	Butlin. — <i>Revue Mens. lar.</i> , 1895.	F. 53	Epithélioma des 2 cordes.		»		5 ans 6 mois après, pas de récidive.
36	Butlin. — <i>Revue Mens. lar.</i> , 1890.	H. 62	Epithél. (moitié gauche).		»	Mort de pneumonie le lendemain.	

Tumeurs Malignes -- Epithéliomas, Cancers et Sarcomes du Larynx (Suite)

NOMBRES	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
37	Senon. — <i>Revue Mens. lar.</i> , 1891.	H. 46	Cancer (corde gauche).		Laryngofissure.	Guérison.	3 ans après, pas de récidive.
38	Senon. — <i>Revue Mens. lar.</i> , 1891.	H. 44	Cancer (repli aryépiglottique gauche).		Laryngofissure et pharyngotomie.	Mort de septicémie 4 ^e jour.	
39	Senon. — <i>Revue mens. laryng.</i> , 1894.	H. 72	Cancer de la corde gauche.	Trachéotomie.	Laryngofissure.	Mort 6 ^e jour.	
40	Senon. — <i>Revue mens. laryng.</i> , 1894.	H. 54	Carcinome.		Laryngofissure.	Guérison.	4 mois après, récidive.
41	Gerstein. — Stat. Hamburg, 1895.	H. 45	Cancer de la corde gauche.		Laryngofissure.	Guérison.	3 mois après, pas de récidive.
42	Bruns. — Stat. Hamburg, 1883.	H. 52	Cancer.		Laryngofissure.	Guérison.	11 mois, récidive ; 16 mois, mort.
43	Riedel. — Stat., Hamburg, 1890.	H. 66	Cancer des 2 cordes.		Laryngofissure.		11 mois après, pas de récidive.
44	Zeller. — Stat. Hamburg, 1891.	H. 63	Cancer.		Avec pharyngotomie.	4 ^e jour, mort de pneumonie.	
45	Stenk Gersung, 1892. — <i>Arch. für Laryng.</i>	H. 54	Cancer des 2 cordes.		Laryngofissure.	Guérison.	3 ans 1/2 après, pas de récidive.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancres et Sarcomes du Larynx (*Suite*)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
46	Israel. — <i>Arch. für. Klin. Chir.</i> , 1895.	H. 64	Epithélioma de l'épiglotte.		Avec pharyngotomie,	Guérison, mais récidive kystique 4 ^e mois.	Opéré, puis 2 ans après, pas de récidive.
47	Porcher. — <i>New-York J.</i> , 1895.	F. 29	Epithélioma.		Laryngofissure.	Guérison.	3 mois après, pas de récidive.
48	Pantaloni. — <i>Revue mens. laryng.</i> , 1896.	H. 55			»		1 an après, pas de récidive.
49	Semon. — <i>Inter. Centralblatt für lar.</i> , 1896.	H. 65			»		8 mois après, pas de récidive.
50	Dundas Grant. — <i>Inter. Centralblatt für lar.</i> , 1896.	H. 45	Carcinome.		»	Mort 20 jours après.	
51	Kantlueck. — <i>Revue mens. lar.</i> , 1896.	? ?	Cancer.		»	Guérison.	Récidive et mort 4 mois après.
52	Studs-gaard. 1887.	H. 49	Cancer corde gauche.		Laryngofissure.	Guérison.	Prompte récidive.
53	Studs-gaard. 1887.	H. 70	Cancer corde droite.		»		Récidive et mort 6 m. après.
54	Saxtorph, 1891, cité par Schmiedelow.	H. 62	Epithélioma corde droite.		»		Pas de récidive 4 ans après.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancers et Sarcomes du Larynx (Suite)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOSCOPISTES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
55	Schniegelow. — <i>Annales de Gougenheim</i> .	H. 68	Epithélioma corde gauche.		Laryngofissure.	Mort de pneumonie le 7 ^e jour.	
56	Schniegelow. — <i>Annales de Gougenheim</i> .	H. 62	Epithélioma corde droite.		»	Guérison.	
57	Schniegelow. — <i>Annales de Gougenheim</i> .	H. 44	Epithélioma corde gauche.		»		
58	Schniegelow. — <i>Annales de Gougenheim</i> .	H. 55	Epithélioma au milieu de la corde droite.		»		
59	Jaboulay. — Thèse Sargnon, 1899.	H. ?	Cancer du corps thyroïde.		Thyrotomie.	Mort le jour même.	
60	Lichtwitz. — <i>Soc. Lar. Paris</i> , 1894.	H. 53	Cancer, corde gauche.	Trachéotomie, 4 évier.	Thyrotomie le 22.	Pénétration de sang dans les bronches, mort 5 jours après.	
61	Bilbroth.	H. 55	Cancer gauche.	Sténose traitée par bougies.	»	Guérison.	
62	Stewart. — <i>Lancet</i> , 1887.	H. ?	Épithélioma.	Trachéotomie.	Thyrotomie, ablation. Cardage, cautérisation.	Guérison.	
63	Solis Cohen. — 1861.	H. 30	Épithélioma corde gauche.	Trachéotomie.	Thyrotomie, ablation. grattage.	Guérison.	20 ans apr., voix très forte. Un tissu sec. remp. la corde enl

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancres et Sarcomes du Larynx (*Suite*)

NUMÉROS	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRELIMINAIRES	LARYNGOFSISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
64	Bauer. — <i>Revue Lar.</i> , 1892.	H. 60	Épithélioma primitif du larynx.	Intubation et trachéotomie.	Laryngofissure.	Récidive.	Laryngectomie et larynx artificiel.
65	Semon. — <i>Soc. Lar., Londres</i> , 1900.	H. ?	Cancer corde gauche.	?	Thyrotomie, 1896.	Guérisson.	30 mois après, voix normale.
66	Semon. — <i>Soc. Lar., Londres</i> , 1900.	H. 57	Cancer des 2 cordes.	?	Thyrotomie et ablation des 2 cordes.	Guérisson.	2 m. après ablat. de gran. par. voient. : 6 m. après, v. chuintée, pas de réc.
67	Eeman. — <i>Soc. otol. Lar. Belge</i> , 1894.	H. 69	Carcinome kératique du larynx.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérisson.	
68	Levenstein, 1894.	H. 57	Cancer corde gauche.	Trachéotomie.	"	Guérisson.	
69	Chiari, 1898.	?	Cancer.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Guérisson.	Après 3 mois, voix rauque; apr. 5 m., voix normale.
70	Hahn. — <i>Berlin Klin. Woch.</i> , 1888.	H. 51	Cancer.		Thyrotomie et grattage.	Récidive.	Suicide.
71	Mourre et Lannelongue. — <i>Congrès d'Otol.</i> et <i>Lar.</i> , 1888.	H. 60	Cancer limité aux cordes.		Thyrotomie et énucléation.	Récidive.	
72	Mourre et Lannelongue. — <i>Congrès d'otol.</i> et <i>lar.</i> , 1888.	H. 45	Tumeur de la partie postérieure des cordes.		Trachéotomie.	Guérisson.	Pas de récurrence puis 18 mois.

Tumeurs Malignes. — Épithéliomas, Cancers et Sarcomes du Larynx (Suite)

NUMÉROS	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRELIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
73	Pevre Porcher. — <i>New-York Med. J.</i> , 1896.	H. 9	Épithélioma.	Trachéotomie.	Thyrotoomie.	Guérison.	9
74	Lac. — <i>Soc. franc. de lar.</i> , 1900.	H. 51	Épithélioma.	Trachéotomie.	Thyrotoomie en 1897.		Aujourd'hui, pas de récidive.
75	Flemming. — <i>Lancet</i> 1897.	H. 49	Auto-observation, cancer de la corde g.	Trachéotomie.	Thyrotoomie.	Guérison.	Voix normale.
76	Quénu. — <i>Soc. Chirurgie</i> , 1897.	H.	Épithélioma de la corde gauche.	Trachéotomie.	Thyrotoomie.		Depuis 1 an, pas de récidive.
77	Taylor (T.) — <i>Société Lar. Charleston</i> , 1876.	H.	Épithélioma.	Trachéotomie.	Thyrotoomie.	Mort.	
78	Besse Hagen. — <i>Deut. Med. Woch.</i> , 1890.	9 9	Sarcome à cellules rondes.			Guérison.	1 an après, pas de récidive.
79	Birkett. — <i>Med. New-York</i> , 1892.	F. 22	Sarcome à cellules fusiformes.		»		2 ans après, pas de récidive.
80	Semon. — <i>Soc. Lar. Londres</i> , 1894.	H. 59	Fibro-sarcome caverneux.		»		20 mois après, pas de récidive.
81	Paul. — <i>Med. J. Liverpool</i> , 1894.	F. 42	Sarcome à cellules fusiformes.		»		4 mois après, pas de récidive.

Tumeurs Malignes. — Epithéliomas, Cancers et Sarcomes de Larynx (*Suite*)

Numéros	AUTEURS ET INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	SEXE AGE	DIAGNOSTIC	OPÉRATIONS		RÉSULTATS	
				PRÉLIMINAIRES	LARYNGOFISSURES	IMMÉDIATS	ÉLOIGNÉS
82	Lediart. — <i>Lancet</i> , 1889.	H. 62	Lympho sarcome de l'amygdale.	Trachéotomie.	Thyrotomie.	Récidive des glandes cervicales.	Extirpation et guérison.
83	Birkett. — <i>New-York Med. J.</i> , 1894.	F. enc.	Sarcome hypoglossique.	Trachéotomie.	Thyrotomie 3 semaines après.	Guérison.	Pas de récidive au bout de 4 mois
84	Escut. — <i>Annales de Gougenheim</i> .	?	Myxosarcome.		Thyrotomie.	Récidive.	Laryngectomie.
85	Semon. — <i>Soc. Lar. Londres</i> , 1900.	H. 69	Sarcome.		Thyrotomie.	Guérison en 15 jours.	45

CONCLUSIONS

La thyrotomie est une opération assez bénigne en elle-même, elle n'est grave que suivant les lésions auxquelles elle s'adresse. Pour avoir de bons résultats, il faut qu'elle soit précédée, comme premier temps, d'une trachéotomie, que la section du cartilage thyroïde soit faite exactement sur la ligne médiane, et que le chirurgien ne touche au larynx qu'après l'avoir badigeonné avec une solution de cocaïne.

Ses *indications* varient; en tous cas, il faut toujours se rappeler que, dans la plupart de ces indications, il existe des méthodes suppléantes (opérations intra-laryngées, dilatation, tubage ...).

Dans les *lésions traumatiques* :

1^o *Les corps étrangers*. — La thyrotomie est indiquée si les autres moyens n'ont pas réussi.

2^o *Blessures et plaies du larynx*. — La thyrotomie rendra de grands services, surtout dans le traitement des sténoses cicatricielles consécutives.

Dans les *lésions inflammatoires* :

1^o *Lésions post-typhiques*. — La thyrotomie d'urgence, pour évacuer le pus et les séquestres, est rare.

Elle sera bien plus utile pour traiter les cicatrices rebelles à la dilatation.

2^o *Syphilis*. — Thyrotomie indiquée, quand la trachéotomie ou le tubage unis au traitement spécifique, ont longtemps échoué.

3^o *Tuberculose*. — La thyrotomie ne donne pas de bons résultats en général. Il faut attendre les résultats éloignés pour savoir ce que vaut cette opération.

4^o *Sclérome*. — Elle est un très bon traitement du sclérome du larynx après échec du traitement de Schroetter.

Ses résultats dépendent aussi de la dilatation consécutive.

Dans les *lésions néoplasiques* :

1^o *Tumeurs bénignes*. — Il ne faut recourir à la thyrotomie que lorsque la trachéotomie n'a pas amené, au bout de six mois, la disparition des papilomes et lorsque la tumeur est inopérable par les voies naturelles, par suite de sa situation, de sa grosseur ou de sa fixation.

Elle est indiquée pour l'ablation des angiomes.

2^o *Tumeurs malignes*. — La thyrotomie donne de bons résultats comme traitement du cancer au début.

Plus tard, quand la tumeur est encore circonscrite et que les ganglions ne sont pas infectés.

Elle doit être le premier temps d'une laryngectomie.

Suivant certaines indications, elle peut rendre des services pour enlever le cancer d'un organe voisin du larynx.

Le Président de la Thèse :

Antonin PONCET.

Vu :

Le Doyen :

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 6 décembre 1900.

Pour le Recteur et par délégation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université :

E. CAILLEMER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AVELLIS. — Tumeur tuberculeuse du larynx. *Deutch. Med. Gesench.*, 1891.
- BECKER. — Statistique de laryngofissure. *Annales de Gougenheim*, 1890.
- BIRKETT. — *New-York Med. J.*, 1895.
- BUTTLIN. — Société de Laryngologie de Londres, 1896.
- CASTEX. — Société française d'Otologie, 1893.
- CARREL. — Thèse de Lyon, 1900.
- CHIARI. — *Wiener Clin.*, 1896.
- Ricardo BOTEY. — Congrès espagnol de Laryngologie, 1896.
- Ricardo BOTEY. — *Archives internat. de Laryng.*, 1896.
- Ricardo BOTEY. — *Annales de Gougenheim*, 1900.
- BRINDEL. — Thèse de Bordeaux, 1895.
- CISNEROS. — *Revue clinique de los Hospit.*, 1890.
- DEHIO. — *Annales de Gougenheim*, 1889.
- BRYSON-DELAN. — *Brit. Medic. Assoc.*, 1897.
- EEMANN. — *Annales de Gougenheim*, 1898.
- ETIENNE. — *Revue Médicale de l'Est*.
- FLEMMING. — *Annales de Gougenheim*, 1898.
- FRANKENBERGER. — *Annales de Gougenheim*, 1897.
- GELISAROFF. — Thèse de Montpellier, 1897-1898.
- GORIS. — Thyrotomie dans la tuberculose du larynx.
- GORIS. — *Annales de Gougenheim*, 1898.
- GOUGENHEIM. — *Semaine Médicale*, 1892.

- GRANT. — Thèse de Toulouse, 1896.
HELARY. — Tuberculose laryngée. Thèse de Paris, 1893.
GERSLER. — *Medical Record*, 1889.
MARTY. — Thèse de Paris, 1888.
MASSEI. — *Arch. ital. de Laryng.*
MOURRE. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 1889.
MOURRE. — *Annales de Gougenheim*, 1898.
NAVRATIL. — *Annales de Gougenheim*, 1894-1895-1900.
PARINZ. — Société Hongroise d'Otol., 1897.
PERRIER. — *Mercredi Médical*, juin 1891.
PERRIER. — Congrès de Chirurgie, oct. 1895.
PANTALONI. — Angiomes du larynx.
PETIT. — Thèse de Paris 1889.
PIENNZECK. — *Annales de Gougenheim*, 1900.
POLYAK. — *Annales de Gougenheim*, 1898.
ROQUER-CASADESUS. — Cancer du larynx. — *Annales de Goug.*, 1897.
DESANTI. — De la thyrotomie.
MAX SCHULLER. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1888.
SCHUCHARDT. — Histoire de la laryngofissure. — *Annales de Gougenheim*, 1888.
SCHVARTZ. — Thèse d'agrégation de Paris.
OTTO SEIFERT et HOFFA. — *Annales de Gougenheim*, 1889.
SEMON. — *Annales de Gougenheim*, 1900.
SEMON. — Congrès de Paris, 1900.
SARGNON. — Thèse de Lyon, 1899.
SOKOLOWSKI. — *Annales d'Otologie, rhinologie et laryngologie*, 1900.
SOLIS-COHEN. — *Annales de Gougenheim*, 1887.
SYMONDS. — *Revue intern.*, février 1896.
TISSIER. — *Annales de Laryngologie*, 1897.
URUNNELA. — *Annales de Laryngologie*, 1898 et 1900.

